



DEMANDE DE PRESTATION
ENFANT HANDICAPÉ



Numéro C.G.O.S lettre

Etablissement

Nom - Prénom

Nom de naissance

E-mail personnel

Renseignements relatifs à l'enfant concerné par la demande de prestation :

L'enfant doit être âgé de moins de 20 ans au 1^{er} janvier 2017.

Nom Prénom

Date de naissance / / Taux d'incapacité%

L'enfant vit en permanence à votre domicile.

L'enfant est placé dans un établissement spécialisé d'accueil :

il rentre au domicile chaque week-end, tous les 15 jours ou 3 semaines,

il vit en permanence au sein de l'établissement.

Pour bénéficier de cette prestation, vous devez :

• avoir constitué au préalable votre dossier C.G.O.S 2017, accompagné de votre avis d'impôt 2016 sur les revenus 2015 ;

• joindre :

- la copie de la carte d'invalidité ou de la carte de priorité pour personnes handicapées ou de la décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées, faisant apparaître le taux d'incapacité et la période concernée ;

- votre dernier bulletin de paie ou à défaut, une attestation de travail délivrée par votre établissement pour les contractuels, emplois aidés et apprentis. Si votre établissement utilise l'outil d'échange de données avec le C.G.O.S (liste de présence), ce justificatif ne doit pas être fourni.

DATE LIMITE D'ENVOI DE VOTRE DEMANDE AU C.G.O.S DE VOTRE RÉGION : 30 SEPTEMBRE 2017

Je certifie avoir pris connaissance de l'ensemble des conditions applicables à cette prestation et les respecter.

Je soussigné(e) déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus. Il est rappelé que quiconque se rend coupable de fraude, production de documents falsifiés comme justificatifs, fausse déclaration est passible de peines d'amende et/ou d'emprisonnement.

J'ai bien noté que le C.G.O.S, responsable de traitement, met en oeuvre un traitement de données à caractère personnel pour la gestion des demandes d'action et de prestations et que ces données renseignées dans ce formulaire peuvent également être utilisées pour m'informer et pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires. Les informations demandées sont toutes nécessaires à la gestion de ma demande. En application des dispositions de la loi informatique et libertés du 06.01.1978, je dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes relativement à l'ensemble des données me concernant, qui s'exerce par demande écrite signée accompagnée d'une copie d'un titre d'identité et adressée par courrier postal auprès du correspondant informatique et libertés au siège social du C.G.O.S ou par courrier à cil@cgos.asso.fr.

J'accepte que des données personnelles relatives à ma santé soient collectées par le C.G.O.S dans le but d'alimenter ma demande de prestation.

J'accepte que des données personnelles relatives à la santé des personnes dont j'ai la charge (handicap) soient collectées par le C.G.O.S dans le but d'alimenter ma demande de prestation. Je garantis avoir recueilli l'accord de ces personnes pour communiquer au C.G.O.S de telles informations.

Fait le / /
Date et signature de l'agent (obligatoire)

Cachet de l'établissement, date et signature
du correspondant C.G.O.S (facultatif)